DE

N° 29

L'INCISION HAUTE

(SUS-INGUINALE)

DANS

LA CASTRATION ET LA CURE RADICALE

DE L'HYDROCÈLE VAGINALE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Mars 1898

PAR

Henry DAVET

Né à Philippeville (Algérie), le 10 avril 1873

EX-INTERNE DES HOPITAUX D'ALGER

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN ET MONTANE

Ancien Hôtel de la Faculté des Sciences

M DCCC XCVIII

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. VIALLETON . . . . . DOYEN
HAMELIN. . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Hygiène.	MM.	BERTIN-SANS.
Id.		RAUZIER (Ch. du c.)
Clinique médicale		GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale.		TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol.		GRYNFELTT.
Thérapeutique et matière médicale. . . .		HAMELIN (✻).
Clinique médicale		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.		MAIRET (✻).
Physique médicale.		IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.		GRANEL.
Clinique chirurgicale.		FORGUE.
Clinique ophtalmologique.		TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie		VILLE.
Physiologie.		HEDON.
Histologie		VIALLETON.
Pathologie interne.		DUCAMP.
Anatomie.		GILIS.
Opérations et appareils		ESTOR.
Microbiologie		RODET.
Médecine légale et toxicologie		SARDA.
Anatomie pathologique		N...
Id.		Bosc (Ch. du c.)

Doyen honoraire : M. MAIRET (✻).
Professeurs honoraires: MM. JAUMES, DUBRUEIL (✻), PAULET (O. ✻).

Chargés de Cours complémentaires

Clinique annexe des maladies des enfants.	MM.	BAUMEL, agrégé.
Accouchements.		PUECH, agrégé.
Clinique ann des mal. syphil. et cutanées		BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .		ESPAGNE, agr. lib.
Pathologie externe		LAPEYRE, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BAUMEL	MM. MOITESSIER	MM. MOURET
BROUSSE	BOSC	DELEZENNE
LECERCLE	DE ROUVILLE	GALAVIELLE
RAUZIER	PUECH	
LAPEYRE	VALLOIS	

MM. H. GOT, *secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. FORGUE, *président.*	MM. LAPEYRE, *agrégé.*
ESTOR, *professeur.*	DE ROUVILLE, *agrégé*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

H. DAVET

MEIS ET AMICIS

H. DAVET.

AVANT-PROPOS

Au moment de quitter l'Ecole, c'est pour nous une joie d'acquitter publiquement la dette de reconnaissance que nous avons contractée envers tous ceux qui ont bien voulu nous conseiller, nous diriger jusqu'au terme de nos études médicales.

Nous saluons la mémoire vénérée de M. le professeur Gros et adressons à nos Maîtres de l'Ecole d'Alger l'expression de notre profonde gratitude.

Que nos Maîtres de la Faculté de Montpellier, dont nous aurions voulu suivre plus longtemps le fécond enseignement, reçoivent aujourd'hui l'hommage de notre inaltérable dévouement.

Nous rémercions M. le professeur Forgue, qui a été l'inspirateur de ce travail, des excellents conseils qu'il ne s'est jamais lassé de nous prodiguer, et le prions d'agréer l'hommage respectueux de notre reconnaissance, pour la bienveillance avec laquelle il nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546807_0024

INTRODUCTION

Nous n'avons pas la prétention, en soumettant ce modeste travail au jugement de nos Maîtres, d'apporter un élément bien important à la chirurgie des organes génito-urinaires.

Nous nous proposons simplement, dans cette thèse, d'exposer la technique opératoire et les avantages immédiats d'un procédé que nous avons vu mettre fréquemment en pratique dans la clinique chirurgicale de M. le professeur Forgue, et qui nous paraît combler certaines lacunes de la méthode de castration usuelle.

Quelques pages d'historique nous permettront une révision rapide des principaux manuels de castration. Avant de décrire celui qui fait l'objet de notre travail, nous essaierons de montrer les accidents qu'il n'est pas impossible d'observer à la suite d'une plaie scrotale.

Les avantages que cette méthode opératoire nous a paru présenter dans ses diverses applications à la cure radicale du testicule cancéreux et tuberculeux et de l'hydrocèle vaginale feront l'objet d'un chapitre spécial.

Nous terminerons, enfin, par les conclusions que nous aura suggérées notre modeste travail.

DE

L'INCISION HAUTE

(SUS-INGUINALE)

DANS LA CASTRATION ET LA CURE RADICALE

DE L'HYDROCÈLE VAGINALE

I

La castration, opération des plus anciennes que l'on connaisse, n'a pas toujours été inspirée par l'art de guérir.

Considérée par les sectateurs d'Origène comme un acte de religion, elle servit plus tard à créer, chez les peuples jaloux et despotes de l'Orient, l'ignoble condition de l'eunuchisme. Dernièrement encore, en Italie, cette opération était imposée, dans l'intérêt de l'art musical, à un grand nombre d'enfants, sous prétexte de leur donner une voix plus harmonieuse et plus douce.

Aux XV^{me} et XVI^{me} siècles, l'ignorance fit de la castration l'unique moyen de guérison de la lèpre, de l'éléphantiasis et de l'épilepsie; on la vit même couramment employée comme traitement curatif de la hernie inguinale.

De nos jours, la castration est uniquement pratiquée dans le but de remplir une indication thérapeutique sérieuse. Plusieurs procédés opératoires ont été successivement mis en pratique; nous n'en retiendrons que deux : la ligature à testicules couverts et l'ablation de la glande séminale.

En 1820, Maunoir, célèbre chirurgien de Genève, faisant au sarcocèle l'application intempestive de quelques faits relatifs à la guérison des tumeurs, obtenue jadis par Harvey en pratiquant la ligature des gros vaisseaux, eut l'idée de lier l'artère spermatique dans le sarcocèle cancéreux, sans extirper le testicule.

Morgan, en Angleterre, modifiant ce procédé, fit l'excision du canal déférent, isolé des autres éléments du cordon, sans pratiquer la ligature des vaisseaux.

Ces procédés, qui présentaient le grave inconvénient de laisser subsister dans l'économie une tumeur suspecte, ont été justement abandonnés pour l'ablation pure et simple de la glande séminale.

La cure radicale fut pratiquée de deux façons différentes : la première, fort expéditive, facile, mais d'une imperfection notoire, consistait dans la suppression directe et non précautionnée du testicule et des téguments qui le recouvraient. Zern, Keller, chirurgiens allemands, ont revendiqué l'honneur d'attacher leur nom à ce procédé, négation de tout art, qui a dû à sa grossièreté de ne jamais prendre rang parmi les méthodes chirurgicales.

Nous trouvons de la seconde, à laquelle sont attachés les noms glorieux des plus illustres chirurgiens du siècle : Boyer, Dupuytren, Delpech, Bonnet, Roux, Nélaton, une magnifique description dans le *Traité de médecine opératoire* de Velpeau.

Nous étudierons, avec Velpeau (1), trois temps opératoires, en

(1) Velpeau, *Médecine opératoire.*

exposant, au fur et à mesure de la description de chacun d'eux, les principales modifications apportées par les chirurgiens de l'époque.

Premier Temps. — *Incision des enveloppes et isolement de la tumeur.* — Après avoir fait ou non un pli à la peau, Velpeau pratique une incision longitudinale de l'anneau inguinal à la partie déclive du scrotum ; de toute façon, cette incision doit se prolonger un peu au-dessus de l'anneau et descendre jusqu'au bas du scrotum. On peut tendre de la main gauche les téguments sur le devant de la tumeur, ou, comme le veut Dupuytren, l'embrasser par sa face postérieure ; on essaie alors, en attirant les bords de la plaie en arrière ou en isolant la tumeur avec les doigts, selon le procédé de J.-L. Petit, d'énucléer le testicule.

Deuxième Temps. — *Section du cordon.* — Le testicule soigneusement énucléé, Velpeau pratique la ligature en masse du cordon, lui donnant d'emblée une constriction aussi forte que possible, et le sectionne au bistouri perpendiculairement à son axe et non en biseau. Quant au point où doit être placée la ligature, il est évident, dit Velpeau, « qu'il ne peut y avoir, à ce » sujet, de règles fixes ; que les cas spéciaux devront guider la » main de l'opérateur, et que la ligature sera toujours convenablement placée quand elle sera faite sur une partie encore » saine du cordon ». La rétraction du cordon n'est pas prise par lui en considération sérieuse, « aucune de ses parties n'étant contractile, et les fibres du crémaster étant tout au plus de nature à le relever de quelques lignes ».

A propos de la ligature du cordon, deux théories parfaitement différentes de celle de Velpeau furent préconisées à la même époque. Remarquant qu'un fil appliqué sur le cordon avait entraîné le vaisseau principal en glissant et suspendu la

sortie du sang, Cheselden (1) propose un des premiers de lier isolément les artères du cordon. Boyer, Dupuytren, Delpech, Roux, Serre, de Montpellier, dans le but d'éviter les hémorragies secondaires, les irradiations douloureuses et le tétanos, accidents qu'ils imputaient à la ligature en masse, suivent l'exemple de Cheselden et pratiquent la ligature isolée des vaisseaux.

De leur côté J.-L. Petit et Pouteau se déclarent partisans de la non-ligature, et la remplacent par une compression graduée exercée au niveau de l'anneau.

Les chirurgiens d'une époque antérieure tentaient souvent la réunion immédiate après l'enlèvement du testicule. Velpeau repousse la suture telle qu'ils la pratiquent et se déclare contraire à l'avis de Delpech et d'autres chirurgiens du Midi, qui cherchaient à la faire prévaloir. La pratique du pansement usuel lui paraît offrir plus d'efficacité.

Tel est le procédé de Velpeau.

A cette période préantiseptique, l'effort constant des chirurgiens tendait à éviter autant que possible la stagnation du pus dans la plaie, et à lui favoriser une issue au dehors.

Un médecin militaire du commencement du siècle, Aumont (2), dans le double but d'empêcher la stagnation du pus et la présence d'une cicatrice sur la face antérieure du scrotum, dirige son incision en bas et en arrière après avoir relevé les bourses vers la partie inférieure de l'abdomen et n'ouvre que le fond de la poche qui renferme la tumeur.

Un autre chirurgien, Jobert de Lamballe (3), donne à son incision première la forme d'une coquille, d'une valve. « Le

---

(1) Velpeau, *loco citato*.

(2) *Dictionnaire* de Dechambre, article : *Castration*.

(3) Jobert de Lamballe, *Sarcocèle tuberculeux ; Gaz. Hôp.*, Paris, t. III, 1841.

bistouri, tenu comme une plume à écrire, est plongé à la partie inférieure du canal inguinal et promené de haut en bas, le long du côté externe et antérieur de la tumeur jusqu'à sa base, où il se recourbe pour gagner le côté interne et remonter vers l'anneau sans se prolonger jusqu'à celui-ci, s'arrêtant par conséquent en chemin sur les côtés de la verge. Les lèvres de la plaie s'écartent presque d'elles-mêmes et il suffit de promener le bistouri sous le lambeau postérieur pour voir isoler avec une rapidité incroyable toute la tumeur ».

Entre autres avantages, ce procédé permet une dissection simple et facile de la tumeur, un pansement facile, une cicatrice latérale à peine visible.

Le lambeau postérieur forme un espèce de plan incliné sur lequel le pus glisse facilement, tandis que la plaie, par sa position déclive, lui donne une issue facile au dehors.

Procédé de Malgaigne (1). — Quelques années après Velpeau, Malgaigne donnait une excellente description de la castration. La voici résumée en quelques lignes :

1° Une incision longitudinale qui descend de l'anneau inguinal externe à la partie la plus déclive de la tumeur est pratiquée sur la face antérieure du scrotum.

2° Cette incision terminée, les vaisseaux liés à mesure, on procède à la dissection du testicule, d'abord au bistouri, que l'on fait aller, selon sa propre expression, « à grands coups » en prenant soin de n'intéresser ni l'urètre, ni la peau, ni les corps caverneux ; mais, les coups de bistouri se donnant du côté de la cloison dont ils risquent de blesser l'artère, Malgaigne conseille de dégager ensuite avec l'indicateur la partie inférieure du cordon. Ce doigt, introduit en arrière et au-dessous

(1) Malgaigne, *Méd. opér.*, 1850.

du testicule, rompt le tissu cellulaire qui adhère parfois faiblement à la glande, et l'isole complètement du scrotum.

3° Un aide soutient alors la tumeur pour permettre le relâchement du cordon. Saisissant ce dernier entre le pouce et l'index, l'opérateur le sectionne, lie aussitôt les artérioles qu'il contient et procède à la réunion de la plaie par première ou seconde intention selon les circonstances.

Malgaigne remplace, cependant, quelquefois la ligature par la compression, pratiquée de la façon suivante :

« L'expérience m'a appris, dit-il, qu'en abandonnant à eux-mêmes les vaisseaux du cordon, sauf une légère compression pour empêcher la continuité de l'hémorragie, vingt-quatre heures suffisent pour les oblitérer, et, en conséquence, dans tous les cas où je suis libre d'agir, je coupe hardiment le cordon sans m'inquiéter de ses vaisseaux, ce qui rend à la fois l'opération bien plus rapide et plus simple, et j'applique sur le trajet inguinal, dans lequel le cordon s'est rétracté, un bandage herniaire que je laisse pendant vingt-quatre heures. L'hémorragie est ainsi sûrement arrêtée et ni la torsion, ni la ligature, ne font obstacle à une prompte cicatrisation ».

Plus récemment, les professeurs Chalot et Tillaux, appliquant à la castration les règles de l'antisepsie, ont respectivement proposé un procédé d'une grande simplicité par la description rapide desquels nous allons terminer.

Procédé du professeur Chalot (1).— Premier temps.— *Section de la peau.* — Le bassin étant attiré à une extrémité de la table d'opération dans la position de la taille, l'opérateur fait à la partie antérieure et moyenne de la bourse un pli cutané qu'il divise par transfixion. L'incision ainsi obtenue est agran-

(1) Chalot, *Nouveaux éléments de Chirurgie opér.*

die avec les ciseaux jusqu'à l'orifice inguinal en haut, jusqu'au point le plus déclive de la bourse en bas.

2e TEMPS. — *Enucléation du testicule et du cordon sans ouverture de la vaginale.* — Le testicule, luxé par une compression pratiquée sur la partie postérieure de la bourse, est dégagé des adhérences que lui forme la tunique celluleuse qui l'entoure et énucléé. Le cordon est isolé jusqu'à l'orifice inguinal externe.

3e TEMPS. — *Section du cordon et ligature isolée de ses vaisseaux.* — Afin d'empêcher la rétraction du cordon dans le trajet inguinal, l'opérateur le saisit entre les mors d'une pince à forcipressure. M. le professeur Chalot rejette la ligature en masse, tout en reconnaissant que les dangers qu'on lui avait imputés étaient exagérés, et divise peu à peu le cordon à un doigt au-dessous du point de constriction en liant au catgut tous les vaisseaux qui donnent.

L'hémostase terminée, la plaie est suturée complètement sans drainage.

Procédé de Tillaux. — Une incision longitudinale est pratiquée de l'anneau inguinal à la partie la plus déclive du scrotum ; l'opérateur va à la recherche immédiate du cordon sans disséquer la tumeur, comprime le cordon avec une pince et le sectionne quelques centimètres au-dessous ; la tumeur est alors seulement énucléée avec l'aide du bistouri et des doigts. Tillaux conseille la ligature en chaîne des deux moitiés du cordon, qui, aussitôt abandonné, se rétracte dans l'intérieur du canal inguinal. On draine la plaie scrotale Réunion immédiate et pansement antiseptique.

Ainsi conduite, ajoute Tillaux, l'opération est aussi simple

que celle d'un lipome sous-cutané et ne présente pas plus de gravité.

Ces différentes méthodes opératoires procèdent toutes, c'est là leur caractère commun, par incision scrotale. Nous proposons de remplacer par une incision sus-inguinale haute cette incision scrotale et allons essayer d'exposer les raisons qui nous paraissent militer en faveur de cette substitution.

II

En dépit des précautions antiseptiques les plus minutieuses, il n'est pas absolument impossible d'observer l'infection d'une plaie scrotale.

Il est d'abord difficile d'être parfaitement aseptique et antiseptique dans la région des bourses, pour laquelle le voisinage du méat urinaire et de l'anus est une cause permanente de souillure. Le méat sert d'habitat normal à une foule de micro-organismes ; dans le voisinage de l'anus, une flore microbienne, nombreuse en espèces pathogènes, trouve des conditions de développement éminemment favorables. On sait combien cette richesse en microbes est défavorable à la réunion par première intention après l'incision de fistules anales. Les téguments mêmes sur lesquels portent l'intervention chirurgicale dans la castration, souvent infectés, fistuleux, ne peuvent être rigoureusement aseptisés.

A ces causes d'infection s'ajoute l'impossibilité dans cette région dépourvue de tout plan résistant d'établir un pansement compressif; aussi, quelque parfaite que soit la compression du Horand-Langlebert, lors de sa première application, il arrive que, sous l'influence des mouvements du malade, nécessités par les mictions, les défécations, les sondages, si souvent nécessaires à la suite de la rétention d'urine qui accompagne fréquemment les opérations sur les bourses, le pansement se relâche, favorisant ainsi davantage l'infection de la plaie, et

provoquant même parfois l'apparition d'hémorragies post-opératoires.

Désormais insuffisamment protégée par le pansement, la plaie subit le contage infectant des matières fécales et des filtrations de l'urine ; sur le scrotum prompt à se contaminer, dont la peau extrêmement fine est sujette à l'érythème, à l'eczéma, l'urine peut déterminer un certain degré d'inflammation ayant provoqué parfois, les cas en sont heureusement fort rares, l'apparition d'un érysipèle.

La position déclive de la plaie favorise la stagnation des substances septiques. Les germes pathogènes, si abondants dans le voisinage de l'anus, envahissent la plaie dont les tissus décollés et meurtris sont pour les staphylocoques un terrain de culture excellent. Les fils superficiels sont les premiers infectés : dans les opérations nécessitant, comme la cure radicale de l'hydrocèle, des points de suture profonds dans le but de maintenir les feuillets séreux adossés, l'inflammation se propage à ce plan profond par un mécanisme bien mis en relief par MM. Forgue et Reclus (1) dans leur magnifique ouvrage de *Thérapeutique chirurgicale :*

« La structure lacunaire des fils de soie permet une imbibition de proche en proche, une aspiration par capillarité comparable à l'action d'une mèche, capable d'inoculer secondairement, par filtration, un point primitivement aseptique et de créer ainsi un véritable « seton infectieux », et il peut arriver que cette infection gagne les étages profonds d'une suture ». S'il s'agit d'une castration, le moignon du cordon peut participer à l'infection, d'où abcès, suppuration, fistules intarissables, retardant indéfiniment la réunion de la plaie.

Si de tels faits ne sont pas très rares aujourd'hui, malgré la

---

(1) *Thérap. chirurg.*, tome I, p. 32.

plus rigoureuse antisepsie, on comprend aisément quelle devait être leur fréquence avant l'apparition de la méthode antiseptique.

Boyer, Dupuytren, Velpeau, Roux et autres chirurgiens du temps de l'infection purulente ont tous relaté des cas de phlegmon des bourses, d'inflammation du cordon, et même du tissu cellulaire sous-péritonéal survenus à la suite de l'ablation de la glande séminale. Ces terribles complications avaient fait concevoir comme très redoutables et ne devant être pratiquées que dans les cas urgents ou tout à fait graves, les opérations du testicule : on connaît, à ce sujet, l'opinion de Gerdy déclarant « la cure radicale de l'hydrocèle une opération à peine excusable chez les chirurgiens ignorants et barbares des siècles passés ».

Aujourd'hui, grâce aux merveilleux succès obtenus par l'application de la méthode antiseptique, ces opérations, considérées jadis comme si redoutables par leurs complications post-opératoires, ont repris toute la faveur qu'elles méritaient. Il ne peut plus être question « des graves dangers et accidents mortels » dont parlait Bérard en 1830 ; mais, cependant, il n'en subsiste pas moins ce fait que, dans quelques cas, l'incision scrotale pratiquée par des chirurgiens compétents et habiles, élevés dans les règles de l'antisepsie, a été suivie d'infection de la plaie.

M. le professeur Forgue a observé deux fois, dans son service, l'infection d'une plaie scrotale avant l'application de sa méthode. Nous en avons relevé plusieurs autres dans les ouvrages consultés à l'occasion de notre travail ; nous ne comprenons pas, bien entendu, dans ce nombre, les cas où la suppuration était produite ou favorisée par une infection secondaire ou un mauvais état général. C'est ainsi que nous trouvons, dans une statistique de Juillard (1), un des vulgarisateurs de

(1) *Revue de chirurgie*, 1884, p. 81.

l'incision antiseptique dans le traitement chirurgical de l'hydrocèle, portant sur cinquante-quatre opérations, huit suppurations et deux absences de réunion immédiate due à une infection des fils. Sur les six observations de Rochet, nous constatons un cas de phlegmon du scrotum. Plus récemment, sur douze cures radicales d'hydrocèle, Reclus a vu deux cas suivis d'abcès ayant considérablement retardé la guérison. Dans les nombreuses observations que renferment la thèse inaugurale du docteur Nimier (1), nous avons relevé plusieurs cas d'abcès au niveau du cordon et de présence de pus près des trous de passage des points de suture. Enfin, il ressort du travail d'Albers (2), portant sur un grand nombre de cas, que les accidents de suppuration survenant à la suite de l'incision scrotale antiseptique dans la cure radicale de l'hydrocèle, sont plus fréquents qu'on ne le pense. Que de faits malheureux sont assurément restés dans l'ombre, et combien plus longue serait cette liste, si toutes les observations de ce genre avaient été publiées !

Sans doute, eu égard au nombre considérable d'opérés, chez lesquels la guérison s'est normalement effectuée, la proportion d'accidents septiques est faible, mais il n'en reste pas moins acquis que des chirurgiens distingués, maniant adroitement le bistouri et sachant faire bon usage de l'antisepsie, ont parfois observé à la suite d'une plaie opératoire scrotale certains accidents, abcès superficiels, pus au niveau des points de suture, léger épanchement dans la séreuse, insignifiants sans doute, mais dont l'origine infectieuse ne peut être contestée et qui peut mettre obstacle à la réunion immédiate. Nous en avons rapporté la cause à la situation de la plaie dans un lieu de moindre résistance aux agents septiques et à la difficulté d'obtenir dans cette région un pansement compressif.

---

(1) Thèse de Paris, 1886.

(2) *Beitrage zur Statistik der Hydrocelen*, inaug. dissert., Berlin, 1889.

Un pansement qui n'est pas compressif ne saurait nécessairement être hémostatique. Or, dans l'incision scrotale, de nombreuses veines et artérioles tégumentaires, branches des honteuses externes et de la honteuse interne sont intéressées. « Ouvertes au début de l'opération, nous dit Tillaux (1), elles ne donnent, par suite de la rétraction immédiate du dartos et de la peau, qu'une quantité minime de sang ; l'opération terminée, on procède au pansement ; les liquides antiseptiques, abondamment versés sur la plaie, agissant comme agent hémostatique, provoquent une rétraction plus complète du dartos, d'où compression plus grande ; mais, plus tard, sous l'influence de la chaleur du lit, le scrotum contracté se relâche et les artérioles, quoique d'un volume très faible, donnent lieu à une hémorragie plus ou moins abondante ».

Il peut donc se produire, les vaisseaux scrotaux n'étant déjà pas soutenus par la résistance des tissus, et le pansement étant peu compressif, une infiltration sanguine dans les bourses. Dans la couche celluleuse lâche du scrotum et l'excavation laissée vide par la soustraction du testicule, espaces merveilleusement disposés pour ce genre d'accident, ces hématomes sanguins peuvent acquérir certaines dimensions, devenir le siège de vives douleurs, et parfois, véritables bouillons de culture, s'enflammer et être la cause d'accidents très graves, tels que sphacèle des bourses, etc. Les accidents de cette gravité sont heureusement fort rares ; plus souvent ces infiltrations sanguines mettent obstacle à la réunion immédiate par première intention et retardent la cicatrisation.

D'ailleurs, toute cause d'infection même mise à part, cette réunion immédiate d'une plaie scrotale ne laisse pas que d'offrir certaines difficultés.

---

(1) *Traité de chirurgie clinique*, t. II.

Intimement adhérente aux dartos, la peau, une fois incisée, a une tendance à se recroqueviller en dedans. Cet enroulement des bords de la plaie, opposant ses bords tégumentaires, tend à éluder l'affrontement. On comprend que la réunion ne puisse, dans de telles conditions, être abandonnée aux seuls soins de la nature : les deux lèvres de la plaie doivent être juxtaposées attentivement et soigneusement suturées, mais dans une peau aussi délicate que celle des bourses, les fils, fussent-ils les meilleurs des catguts, peuvent agir sur ces téguments peu épais, friables, facilement irritables, comme corps étrangers, provoquer de l'œdème, parfois même de petits sphacèles, inconvénients qui n'auraient par eux-mêmes qu'une minime importance, s'ils ne favorisaient jusqu'à un certain point l'infection de la plaie opératoire.

C'est cette idée d'une infection possible d'une plaie scrotale, malgré l'asepsie et l'antisepsie rigoureuses qui, dans les hôpitaux, président aux opérations, qui a conduit M. le professeur Forgue à substituer à l'incision scrotale l'incision haute susinguinale, dans sa clinique chirurgicale de l'Hôpital-Suburbain (Saint-Eloi).

Un chirurgien allemand, Von Buegner (in *Berlin. Klin. Woch.*), décrit, sous le nom de « castration haute », un procédé opératoire consistant en une avulsion du cordon spermatique après incision scrotale préalable et dont la technique opératoire est, d'ailleurs, absolument différente de celle du procédé que nous allons décrire.

III

MANUEL OPÉRATOIRE DE L'INCISION HAUTE

Procédé de M. le professeur Forgue

Cette méthode opératoire est basée sur la facilité avec laquelle, grâce à l'extrême laxité du tissu cellulaire sous-dartoïque qui l'entoure, et à la continuation de ce tissu avec la celluleuse sous-cutanée abdominale, le testicule peut être refoulé bien au-dessus du pli inguino-crural en passant au-devant du canal inguinal.

Asepsie préalable. — Le scrotum et la région hypogastrique préalablement rasés sont, ainsi que le pénis, la région inguinale et son pli inguino-crural, soigneusement brossés, lavés au sublimé en solution très étendue, à l'alcool et à l'éther.

L'arsenal chirurgical comprend un bistouri, des ciseaux droits mousses, une sonde de Kocher, quelques pinces à forcipressure, une pince anatomique, des aiguilles à suture, des fils. Un seul aide est nécessaire.

Le champ opératoire est anesthésié à l'aide de pulvérisations de chlorure d'éthyle, ou de la cocaïne employée selon le procédé de Reclus. Jamais la dose de huit centigrammes n'a été dépassée.

L'aide prend la tumeur avec la main, les doigts allongés,

parallèlement à son grand axe, la refoule le plus haut possible dans la couche celluleuse sous-cutanée abdominale et s'efforce de la maintenir dans cette position jusqu'au moment de son énucléation.

L'opérateur divise alors la peau selon le grand axe de la saillie que forme le testicule refoulé ; l'incision, plus ou moins parallèle à la direction du canal inguinal, presque verticale, longue de six à huit centimètres, est surtout abdominale ; son extrémité supérieure remonte à plusieurs travers de doigt au-dessus du pli inguinal, son extrémité inférieure doit empiéter le moins possible sur la région scrotale.

Les diverses couches abdomino-scrotales, qui ne sont dans cette région que le prolongement les unes des autres, sont incisées en un temps, en forcipressant au fur et à mesure les points saignants, jusqu'à ce que le bistouri arrive dans cette cavité celluleuse à larges mailles, *Spaltraum* des Allemands, située entre l'érythroïde fibreuse et la vaginale d'une part, le scrotum et le dartos de l'autre, se continuant en haut avec la celluleuse sous-cutanée abdominale et que Reclus compare à une synoviale dans laquelle le testicule se meut.

L'opérateur, introduisant son doigt dans l'espace scrotal, rompt les adhérences qui unissent la tumeur testiculaire aux couches sus-jacentes et produit sa luxation en avant et en haut ; la tumeur vient alors reposer à fleur de peau sur les couches superficielles de la région inguino-scrotale en partie constituées à cet endroit par les piliers du grand oblique, leur aponévrose et la toile celluleuse qui les recouvre.

L'aide saisit entre les mains la tumeur luxée recouverte d'une compresse aseptique, exerce une légère traction sur elle de façon à tendre le cordon que l'opérateur isole du tissu cellulaire qui l'entoure à l'aide de la sonde de Kocher jusqu'à l'anneau inguinal externe. Un catgut plié en double est jeté sur lui aussi haut que possible ; avant la ligature, on fait au lieu où

doit porter la striction une injection d'une demi-seringue de Pravaz de cocaïne, en imprimant à l'aiguille, dans le but d'éviter les veines et les intoxications cocaïniques qui pourraient résulter de l'introduction de la solution dans les vaisseaux, un mouvement continu. Après s'être assuré de la parfaite ligature du cordon on pratique sa section aux ciseaux. Le moignon est soigneusement examiné ; si aucun vaisseau ne donne, les chefs du catgut sont coupés au ras du nœud et le cordon abandonné dans la plaie.

Dans la cure radicale de l'hydrocèle, les diverses couches sont successivement incisées jusqu'à ce qu'on aperçoive la teinte bleutée de la vaginale ; le plan de clivage quelquefois difficile à trouver, par suite de la minceur des tuniques érythro-fibreuses, nécessite l'emploi des ciseaux.

Il paraît difficile, de prime abord, d'obtenir la luxation d'une poche ainsi distendue à travers une incision cutanée de dimensions aussi restreintes. L'opérateur, introduisant l'indicateur de chaque main dans la boutonnière qu'offre la fibreuse incisée, en isole rapidement la séreuse, imprime à la tumeur un mouvement de bascule et de rotation dans le but d'amener une de ses extrémités au niveau de l'incision. En moins de temps qu'il n'en faut pour le décrire, grâce à cette substitution de diamètre et par un mécanisme que l'on peut rapprocher de celui de l'accouchement normal, la poche d'hydrocèle, semblable à un gros ballon de baudruche, vient occuper à fleur de peau la place que nous avons vu prendre plus haut à la tumeur testiculaire.

La séreuse est alors ponctionnée au bistouri à son pôle antéro-inférieur, point le plus favorable à l'écoulement du liquide. Des ciseaux introduits par l'orifice de ponction sectionnent le feuillet pariétal de haut en bas, de telle sorte que l'ouverture en soit égale à celle de l'incision cutanée ; chaque commissure de la séreuse est saisie entre les mors d'une pince

à forcipressure ; deux pinces sont placées sur chacun des bords; la vaginale facilement étalée laisse à découvert la glande séminale, qui est soigneusement inspectée. On resèque alors une partie de ses feuillets distendus et trop amples, ne gardant que le strict nécessaire pour habiller à nouveau le testicule; pour cela, on pince les deux feuillets tout contre la glande et on excise l'excès d'enveloppe selon le procédé de Volkmann. Mais, toutefois, tandis que le chirurgien allemand adosse le reste des deux feuillets reséqués et maintient leurs lèvres mises au contact par quelques points de catgut coupés au ras du nœud et assez fins pour être facilement résorbés, M. le professeur Forgue suture la peau et la vaginale d'un même côté à la vaginale et à la peau du côté opposé.

« A mesure que la suture s'avance vers ses derniers points, l'aide établit au moyen de tampons une compression méthodique sur les parties suturées ; la réunion une fois terminée, on exprime par l'angle de la plaie le sang qui peut avoir suinté et l'on maintient cette expression en plaçant à ce niveau sur la plaie saupoudrée d'iodoforme les diverses pièces d'un pansement compressif. La réunion opérée, les bourses, le bassin sont enveloppés dans une épaisse masse d'ouate que protège une pièce de makintosh, perforée pour le passage de la verge et qu'ajuste étroitement un spica double avec la bande de flanelle ».

IV

AVANTAGES ET APPLICATIONS DE L'INCISION HAUTE

L'incision haute, par son siège élevé, sa situation dans une région moins intolérante pour les antiseptiques forts que la région des bourses ; à l'abri de cette flore microbienne si nombreuse en espèces pathogènes qui trouve dans le voisinage du rectum et l'anus des conditions de développement éminemment favorables ; moins exposée à la souillure de l'urine, n'ayant aucun contact avec les téguments scrotaux, fistuleux, si souvent infectés dans le sarcocèle tuberculeux, supprime autant que l'asepsie rigoureuse toute chance d'infection de la plaie.

A un pansement scrotal d'une application délicate, étant donné la difficulté d'assurer la réunion exacte des lèvres de la plaie, fréquemment souillé, nécessitant une surveillance constante, de fréquents renouvellements, l'incision haute substitue un pansement d'abord parfaitement compressif.

Dans la constitution anatomique de la région inguinale le pansement trouve des conditions d'application excellente. La branche horizontale du pubis et la symphyse pubienne constituent un plan osseux, épais, fortement résistant, que les couches musculaires de la paroi abdominale inférieure, grand et petit obliques, transverse, et leurs aponévroses viennent encore consolider ; la direction des fibres différentes pour chacun des trois muscles augmente encore la résistance de la paroi.

Entre ces plans résistants et les couches épaisses du pansement, la plaie est étroitement comprimée ; ses bords sont maintenus exactement affrontés ; cet affrontement serré permet de supprimer le drainage, sans crainte d'exsudations anormales, s'oppose à l'envahissement de la plaie par les germes septiques et accélère la réunion par première intention.

Une conséquence de la compression du pansement est la sûreté parfaite de l'hémostase et la suppression de toute infiltration sanguine dans les bourses. Notons, en passant, que l'hémostase opératoire est presque nulle, la hauteur de l'incision respectant la presque totalité des vaisseaux scrotaux.

Au point de vue opératoire, le grand avantage de cette méthode est de donner sur la région funiculaire un accès immédiat.

On ne peut, dans les procédés de castration usuels, pratiquer la section du cordon que très peu au-dessus de la tumeur. Dans la tuberculose testiculaire, par exemple, cela n'est pas suffisant. Les limites naturelles de l'organe testiculaire sont parfois franchies par le produit morbide qui constitue la substance du sarcocèle ; le canal déférent participe à la dégénérescence dans l'anneau inguinal et quelquefois dans sa portion intra-abdominale. L'incision haute, par l'accès qu'elle donne sur la région funiculaire, permet la révision directe de son état et met l'opérateur à même de la poursuivre dans ses limites les plus éloignées ; il est même facile, en approfondissant la plaie opératoire déjà existante, d'inciser le canal inguinal dans toute sa longueur, de lier les éléments du cordon, et de reséquer le canal déférent jusque dans sa portion intra-abdominale.

On a ainsi l'immense avantage d'extirper tout le mal, d'éviter les chances de récidive et d'assurer souvent même une guérison radicale.

Dans les cas de généralisation aux ganglions inguinaux,

grâce à la situation de la plaie, il est facile, sans multiplier les incisions, d'extirper les produits morbides.

Cependant nous sommes obligés de faire à propos de l'application de ce procédé à la tuberculose testiculaire quelques restrictions.

« On ne pratique pas, disent MM. Forgue et Reclus (1), la » castration hâtive comme on enlève un cancer du sein. » Toutes les fois qu'on peut espérer l'évacuation assez rapide » du foyer ou son enkystement par une membrane fibreuse, » l'abstention est la règle ; mais lorsque le testicule est atteint, » que les foyers tuberculeux ne se vident pas facilement au » dehors, que de nombreuses poussées aiguës sont nécessaires » avant que l'albuginée s'ouvre pour laisser passage au pus, » alors la castration s'impose ».

A cette période malheureusement, à la suite de suppurations produites par la fonte des foyers caséeux, et du travail d'inflammation qu'elles déterminent, des adhérences se créent entre la glande séminale, l'épididyme et les enveloppes scrotales, des fistules se forment, la peau du scrotum s'amincit et s'ulcère ; si ses adhérences sont résistantes, l'énucléation de la tumeur et sa luxation sont difficiles; cependant, dans quelques cas d'adhérences peu nombreuses situées à la partie inférieure du testicule, M. le professeur Forgue a pu employer l'incision haute : la tumeur testiculaire refoulée entraîne avec elle la partie adhérente du scrotum retournée en doigt de gant, qu'il est facile d'amener au niveau de l'incision et de disséquer au bistouri.

Ces contre-indications n'existent pas dans le sarcocèle cancéreux, par suite de la rareté des adhérences scrotales. Il importe au plus haut point, dans les tumeurs testiculaires dont

---

(1) *Thérapeutique chirurgicale,* t. II.

la marche est rapide, d'éviter la généralisation, de laisser dans la plaie un noyau susceptible de produire une récidive rapide. L'incision haute, qui permet d'apprécier l'état exact des tissus dégénérés qu'on se propose de supprimer et facilite la résection très élevée du cordon malade, peut être considérée ici comme le procédé de choix.

La plupart des chirurgiens pratiquent, aujourd'hui, l'incision haute dans la cure radicale des hydrocèles. Nous n'insisterons que faiblement. On comprend, en effet, qu'elle soit un procédé de nécessité, lorsque la collection liquide considérable pénètre dans l'intérieur du trajet inguinal et arrive jusqu'à son orifice interne. En pareil cas, l'incision sus-inguinale permet d'oblitérer avec une grande facilité le canal funiculaire jusque dans son trajet inguinal, au-delà même, dans certains cas exceptionnels. La destruction du canal péritonéo-vaginal dans les hydrocèles congénitales nécessite également l'incision haute.

Au point de vue antiseptique ses avantages sont encore plus sensibles ici que dans la castration. Les surfaces de la vaginale offrent à l'inoculation et à la résorption septique un terrain de culture excellent; on comprend combien il importe d'éviter l'infection de la plaie.

L'incision haute n'amène aucun changement dans l'état naturel de la région des bourses. Le scrotum a conservé sa souplesse, a gardé ses caractères normaux. A une plaie scrotale recroquevillée, indéfiniment persistante, elle substitue une incision inguinale, de dimensions moindres, rapidement recouverte par les poils de la région hypogastrique, et dont il ne reste plus trace quelques mois après. Rien de moins important, assurément, au point de vue strictement chirurgical; mais on sait l'idée dégradante qui s'attache dans le vulgaire à l'extirpation du testicule. Aujourd'hui, où le rôle moral que l'on fait jouer au testicule est si grand, et où l'hypocondrie est, depuis

Dupuytren, un des arguments les plus sérieux que l'on ait objectés à la castration, il nous semble que c'est faire œuvre d'humanité que de dissimuler le mieux possible au malade la castration qu'on lui a fait subir.

Ajoutons, enfin, que cette méthode opératoire n'est pas plus compliquée que le procédé usuel. Elle est d'une exécution aussi rapide, permet un examen très net de la tumeur plus largement à découvert, une sûreté opératoire plus grande ; son innocuité est absolue.

Les *contre-indications* spéciales à cette méthode opératoire dérivent de l'état dans lequel peut se présenter la tumeur elle-même. Son volume, à moins d'être excessif, rend la luxation plus malaisée, mais ne la contre-indique pas. Nous avons vu, du reste, avec quelle facilité on obtenait la luxation des hydrocèles volumineuses. Il n'en est plus de même lorsqu'il existe des adhérences nombreuses nécessitant une dissection longue, minutieuse. En pareil cas, l'énucléation est difficile et l'application du procédé impossible.

V

OBSERVATIONS

Avant d'apporter nos conclusions à notre travail, nous tenons à rapporter quelques observations de castration et de cure radicale d'hydrocèle vaginale par l'incision haute, pratiquée dans le service de M. le professeur Forgue.

Observation première (1)

(Inédite)

Sarcome du testicule droit. — Castration pratiquée suivant le procédé de l'incision haute. — Guérison rapide.

F.... (Pierre), 43 ans, cultivateur, entre le 15 janvier 1896 dans le service de M. le professeur Forgue, salle Delpech, n° 8.

Vers le milieu de juillet 1895, cet homme s'est aperçu que son testicule droit augmentait de volume, et devenait douloureux à la pression. Cette tumeur s'est accrue promptement jusqu'à atteindre le volume d'une pomme qu'elle présente aujourd'hui.

---

(1) Empruntée au registre d'Observations du service.

Pas de maladie antérieure. Bonne santé apparente. Mictions normales. Pas de blennorrhagie. Jamais d'hématémèse. Pas d'excès sexuels.

L'examen de la tumeur fournit les renseignements suivants :

La moitié droite du scrotum est occupée par une tumeur en forme de poire dont la partie inférieure correspond au testicule, et dont la partie supérieure n'est autre que le cordon hypertrophié par la néoplasie. Cette tumeur est dure en bas, rémittente en haut, sa surface est unie, on n'y sent aucun point ramolli. Le testicule et l'épididyme sont englobés dans la masse et font corps avec elle. Le cordon ne devient normal qu'à quelques centimètres en avant du trajet inguinal ; la pression ne détermine pas une douleur très vive, la peau est normale autour de la tumeur, et ne présente aucune adhérence avec elle.

Le testicule gauche paraît sain. Absence de nodules et de granulations. Pas de signes particuliers dans la prostate.

Le diagnostic est celui de sarcocèle.

20 janvier. — Incision haute. Enveloppe fibreuse de couleur pâle, lisse, portant, sur la face antérieure, deux petits kystes contenant un liquide sanguinolent. Ligature du cordon au niveau de l'anneau interne. Masse reséquée.

Examen histologique : Sarcome.

28 janvier. — Le pansement est défait. La plaie est en bonne voie de guérison.

Le malade sort le 5 février guéri.

Observation II (1)

Tuberculose testiculaire bilatérale. — Castration double, pratiquée suivant le procédé de l'incision haute. — Guérison rapide.

M.... (F.), 45 ans, de Roquebrune (Hérault), entre le 24 octobre 1896 dans le service de M. le professeur Forgue, salle Delpech, n° 10.

Tempérament strumeux ; rhumes fréquents : pas de blennorrhagie ni de syphilis.

Début en mai 1896. Après une chute à califourchon sur une selle, une orchite se déclare, laissant après elle un testicule gros et douloureux. En septembre de la même année, après les fatigues des vendanges, nouvelle poussée aiguë avec formation d'un abcès à la racine de la bourse droite, qui évolue comme un abcès froid, insidieusement, sans douleur, ni chaleur.

A son entrée, l'abcès scrotal donne issue à du pus franchement tuberculeux. Les canaux déférents, les testicules et la prostate paraissent sains.

Première opération, 20 novembre, castration du côté droit. Incision haute poursuivie jusqu'à la fistule. Énucléation du testicule, section du cordon et de l'épididyme après isolement. Hémostase. Pansement.

27 novembre. — Pansement refait, plaie en très bon état.

10 décembre. — Le malade sort.

11 février 1897. — Le malade revient salle Delpech, pour être opéré du côté gauche.

---

(1) Platon, Thèse de Montpellier.

Castration le 16 février. Incision haute. Sutures. Pansement. Guérison complète en 15 jours.

Observation III

Tuberculose testiculaire bilatérale. — Première castration à l'hôpital. — Desgenettes (de Lyon). — Deuxième castration par M. le professeur Forgue. — Incision haute. — Guérison.

G... (H.), 24 ans, de Mende, entre, le 24 janvier 1897, dans le service de M. le professeur Forgue, salle Bayle, n° 10.

Mère morte tuberculeuse, un frère phtisique.

En mars 1896, a subi la castration du côté gauche pour une tuberculose testiculaire, remontant à deux mois environ, insidieusement installée et très rapidement développée.

Cette opération fut pratiquée à Lyon à l'hôpital militaire. La réunion de la plaie opératoire fut obtenue en 15 jours, mais il persista pendant plus d'un mois un orifice fistuleux suintant.

Huit mois après, le testicule droit est envahi. A son entrée à l'hôpital suburbain, son état général est médiocre. Il existe des signes de bronchite spécifique.

Castration le 30 janvier. Incision haute. Enucléation du testicule. Sutures et pansement.

A la coupe, le testicule enlevé présente trois volumineux noyaux caséeux dont un en partie ramolli.

Premier pansement, 8 février, plaie en bonne voie de guérison.

Deuxième pansement, 13 février, plaie complètement réunie. Sortie le 18 février.

Observation IV

Tuberculose testiculaire unilatérale avec hydrocèle enkystée — Incision haute. — Guérison.

S... (Urbain), 47 ans, entre, le 3 mars 1897, salle Delpech, numéro 27.

Homme assez amaigri, ayant eu, il y a deux ans, une attaque d'influenza assez sérieuse qui lui a laissé une bronchite chronique.

Il y a huit mois, la bourse droite se gonfle assez rapidement, et il se produit une volumineuse hydrocèle qui, en quatre mois, se résorbe graduellement, laissant après elle un testicule plus gros qu'auparavant.

Il n'y a jamais eu de traumatisme local ni de syphilis.

A son entrée, volumineuse tuméfaction, dure, encadrant le testicule ; en avant, sur l'étendue d'une pièce de cinq francs, fluctuation superficielle. On diagnostique : tuberculose testiculaire prédominante au niveau de l'épididyme avec hydrocèle enkystée en avant. Aux poumons : signes de bronchite des deux côtés. Castration par incision haute le 5 mai 1897.

Au cours de l'opération on constate une poche enkystée à hydrocèle contenant un liquide citrin.

Le testicule, sectionné, montre un semis de granulations grises au sein du parenchyme.

Guérison obtenue en neuf jours.

Sortie le 14 mai.

Observation V

Tuberculose testiculaire. — Abcès sous-cutané du scrotum. — Hydrocèle symptomatique. — Tuberculose épididymaire et glandulaire.

Louis B..., 35 ans, entre, le 15 juillet 1897, salle Delpech, numéro 19.

Il y a quatre mois, la bourse droite a augmenté insidieusement. Pas de blennorrhagie ni de syphilis.

Il y a quelques jours le scrotum est devenu rouge et douloureux.

Pas de lésions pulmonaires.

Etat général bon.

Castration par l'incision haute le 21 juillet.

Le malade quitte l'hôpital, le 10 août 1897, guéri.

Observation VI (1)

Squirrhe du testicule gauche. — Retentissement sur les ganglions de la région lombaire.

B... (Benjamin), 40 ans, entre le 7 janvier 1898, dans la clinique de M. le professeur Forgue, et occupe, salle Delpech, le numéro 13.

Opéré pour une hydrocèle symptomatique de la lésion deux mois avant. Persistance d'une petite fistule due à un fil non éliminé.

---

(1) Due à l'obligeance du docteur Quétand, chef de clinique.

Depuis sept mois, a vu son testicule gauche augmenter de volume et devenir douloureux. Dépérissement rapide. Démoralisation. Accuse de violentes douleurs dans les lombes et la partie supérieure des cuisses.

12 janvier. — Examen : Testicule volumineux (œuf de poule), aplati en forme de galet, douloureux. Epididyme augmenté de volume, le recouvrant comme d'un casque, les deux parties dures ne formant qu'une même masse. Sur le trajet de l'incision de la précédente opération (cure d'hydrocèle) au niveau du cordon, petite fistule. Dans l'abdomen, les ganglions lombaires forment du côté gauche de la colonne vertébrale une masse du volume d'une orange.

Diagnostic. — Néoplasme avec ganglions lombaires volumineux.

Castration par incision haute.

8 janvier. — La tumeur est facilement luxée, dégagée de toute adhérence ; le cordon est lié au niveau de l'anneau inguinal ; toute la masse est reséquée.

14 janvier. — Température oscillant entre 37°4 et 37°7.

16 janvier. — Le pansement est défait, la plaie est en bonne voie de cicatrisation.

18 janvier. — Les points de suture sont enlevés. Réunion par première intention. Sort guéri le 25 du même mois.

Observation VII

(Inédite)

Hydrocèle vaginale gauche simple. — Cure radicale par incision haute. — Guérison rapide.

C... (Henri), 39 ans, journalier.

Entre le 31 janvier 1898, salle Delpech.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires.

Début de l'affection remontant à deux mois.

A l'examen : à gauche, tumeur piriforme, rémittente, transparente, du volume d'une orange, faisant porter le diagnostic immédiat d'hydrocèle simple.

2 février. — Incision haute. La vaginale est mise à nu. Luxation en deux coups de doigt de la poche distendue. Ponction : écoulement d'une centaine de grammes d'un liquide citrin. Le testicule est sain. On ne conserve de la vaginale que le strict nécessaire pour recouvrir la glande séminale, le reste est excisé. Sutures : peau vaginale, vaginale peau. Pansement compressif.

8 février. — Pas de fièvre, le malade ne souffre pas.

12 février. — Les points de suture sont enlevés. Réunion parfaite par première intention. Le testicule est légèrement remonté vers l'anneau inguinal.

Le malade quitte l'hôpital quelques jours après, complètement guéri.

Observation VIII

(Inédite)

Hydrocèle vaginale simple. — Cure radicale. — Incision haute.

R... (J.-B.), 48 ans, entre le 14 mars 1898 à l'hôpital Suburbain, dans le service de M. le professeur Forgue.

Le malade est opéré le lendemain de son arrivée, 15 mars.

Une incision est pratiquée selon le grand axe de la tumeur refoulée dans la couche sous-cutanée abdominale.

Luxation de la poche séreuse distendue. Ponction, résection de l'excès. Pas de sutures perdues.

22 mars. — Les points de suture sont enlevés, la plaie est en bonne voie de cicatrisation.

Dans toutes ces observations la guérison a eu lieu au bout du huitième au dixième jour. Les suites opératoires ont été très simples : pas d'accidents locaux, pas de fièvre, même pas de rétention d'urine passagère signalée dans les opérations pratiquées sur les bourses.

CONCLUSIONS

De l'étude que nous venons de faire et de l'exposé des observations qu'il nous a été possible d'y joindre, nous pouvons conclure que :

1° L'incision haute, par son siège élevé, moins exposé aux souillures de l'urine et des matières fécales ; par les conditions d'applications excellentes qu'offre la région inguinale à un pansement compressif, fait disparaître toute chance d'infection de la plaie opératoire et d'infiltration sanguine dans les bourses, et hâte d'une façon remarquable sa réunion immédiate.

2° Elle donne sur la région funiculaire un accès immédiat qui permet une révision directe du cordon, et facilite la résection du canal déférent malade.

Nous croyons qu'à ce double titre, elle peut être efficacement employée dans la castration et la cure radicale de l'hydrocèle vaginale, toutes les fois que des adhérences nombreuses de la tumeur aux enveloppes scrotales ne la contre-indiquent pas.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 24 mars 1898.
Le Recteur,
Gaston BIZOS.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 24 mars 1898.
Le Doyen,
L. VIALLETON

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !